支　払　決　定　伺

支給額								円	常務理事	事務長	係

※ここから上は記入しないでください。

禁煙外来補助金支給申請書

受診者氏名	(禁煙外来を受診された方)	健保	記号	
			番号	
事業所名				
受診医療機関名	住所 名称			
初診年月日	年　月　日			
最終受診日	年　月　日			

上記のとおり補助金を請求します。

年　月　日

住　所

被保険者名

口座名義人	(フリガナ)		
銀　行　名		支店名	
預金口座番号	普通・当座　NO.		

※必ず領収証の写しを添付してください。

※申請書はホームページからダウンロードできます。